

参芪地黄汤治疗糖尿病合并膜性肾病验案 1 则

徐春华¹, 马建伟²

1. 贵阳中医学院 2009 级硕士研究生, 贵州 贵阳 550002; 2. 空军总医院中医科, 北京 100142

[关键词] 糖尿病; 膜性肾病; 参芪地黄汤; 医案

[中图分类号] R587.1 [文献标识码] B [文章编号] 0256-7415 (2014) 03-0221-02

糖尿病患者合并非糖尿病肾病时, 肾脏病理以原发性肾小球病变为主, 其中又以 IgA 肾病、系膜增生性肾炎、膜性肾病居多, 分别占 33.82%、18.84% 和 14.98%。典型的糖尿病肾脏病变(DKD), 其蛋白尿的发展很缓慢, 一般需要 10~15 年以上糖尿病病史, 且出现大量蛋白尿时往往合并肾功能损害。若糖尿病病史少于 10 年且肾功能良好的患者突然出现大量蛋白尿, 应考虑伴有非糖尿病肾病。临床上笔者应用参芪地黄汤加减治疗糖尿病合并膜性肾病, 收到较好疗效, 病案介绍如下。

1 病例介绍

患者孟某, 57 岁, 因“颜面及双下肢浮肿反复发作 1 年余”为主诉于 2011 年 2 月 28 日来诊。既往史: 1996 年空腹血糖升高, 2009 年诊断为 2 型糖尿病, 未系统服用降糖药。患者缘于 2009 年 11 月无明显原因出现颜面及双下肢浮肿, 2009 年 12 月 27 日就诊于北京某大学第一人民医院肾病科, 入院后肾脏穿刺活检: 免疫荧光见毛细血管壁、系膜区颗粒样沉积; 光镜见肾穿刺组织可见 33 个肾小球。1 个缺血性硬化, 其余肾小球基底膜空泡变性, 节段性轻度增厚, 上皮下嗜复红蛋白沉积。肾小管上皮空泡及颗粒变性, 灶状萎缩。肾间质灶状淋巴和单核细胞浸润伴纤维化。小动脉管壁增厚。病理诊断为 I 期膜性肾病。并通过电镜确认。由于患者不接受糖皮质激素、细胞毒药物及免疫抑制剂治疗遂出院, 一直服金水宝胶囊, 并用阿卡波糖降糖, 厄贝沙坦降压, 血糖、血压控制尚可。辗转于多家医院治疗, 监测尿常

规尿蛋白未见改善。

诊见: 形体稍瘦, 面色晦暗, 双上眼睑浮肿, 双下肢浮肿, 气短乏力, 腰脊痠痛, 小便泡沫多, 尿色微黄, 易出汗疲劳, 大便稍溏不爽, 口中粘腻, 纳食尚可, 舌暗红, 舌体稍胖大, 苔黄厚腻, 脉沉弦。幼时体弱, 平素工作比较繁忙。查体: 血压、体温正常, 双下肢中度凹陷性浮肿。实验室检查: 总蛋白 45.6 g/L, 白蛋白 25.2 g/L, 白蛋白/球蛋白 1.3; 总胆固醇: 8.9 mmol/L, 甘油三酯 1.96 mmol/L; 高密度脂蛋白胆固醇 2.03 mmol/L, 低密度脂蛋白胆固醇 6.54 mmol/L, 血肌酐、尿素氮正常; 谷草转氨酶正常; 谷丙转氨酶 43 U/L; 尿常规: 红细胞 6~9 个/HP, 尿蛋白(+++); 24 h 尿蛋白定量 11 417.8 mg。空腹血糖 4~5 mmol/L, 餐后 2 h 血糖 7~8 mmol/L。中医诊断: 水肿; 消渴。西医诊断: 肾病综合征, 膜性肾病(1~2 期); 2 型糖尿病; 高脂血症; 高血压 1 级。中医治则: 健脾益肾、清利湿热、化瘀通络, 佐以祛风利水, 配合截流固涩。方以参芪地黄汤加减。处方: 黄芪、太子参、牛蒡子各 30 g, 生地黄、山药、苍术、黄柏、水红花子、当归、泽兰各 10 g, 泽泻、蒲公英各 15 g, 茯苓、地龙、石韦各 20 g。每天 1 剂, 水煎服。以上方为基本方, 随症加减。经治疗后患者自觉水肿减轻, 精神好转。2012 年 10 月 24 日实验室检查示: 24 h 尿蛋白定量 427.8 mg, 白蛋白 39 g/L。

2 讨论

糖尿病患者如果出现肾脏损害, 其病史、病程、

[收稿日期] 2013-10-13

[作者简介] 徐春华 (1977-), 男, 硕士研究生, 研究方向: 中西医结合临床消化。

[通讯作者] 马建伟, E-mail: mjw8166@163.com。

实验室检查与典型 DKD 的特有表现不符时,应警惕伴发非糖尿病肾病的可能,并及早行肾活检以明确诊断。糖尿病肾病患者蛋白尿常见,但血尿很少见。一旦出现肉眼血尿或是镜下血尿,强烈提示存在非糖尿病肾病的可能。

由于存在着糖尿病病史,非糖尿病肾病治疗有其特殊性。非糖尿病肾病患者使用糖皮质激素治疗时易使血糖不易控制,故加强血糖的监测非常重要,只有在通过调整胰岛素或口服降糖药物严格控制血糖的基础上才能使用糖皮质激素。

膜性肾病西药治疗一般多选用激素,单独使用糖皮质激素疗效不佳,目前常用激素加免疫抑制剂治疗,常用的免疫抑制剂包括环磷酰胺(CTX)、环孢素 A(CsA)、吗替麦考酚酯(MMF)、他克莫司(FK506)。有报道甲基泼尼松龙联合环磷酰胺(MP+CTX)治疗 IMN,虽治疗 6 月有效率达 60%~70%,随访观察发现病情复发率为 32%,且 66% 的患者存在较为严重的不良反应,如骨髓抑制、感染及出血性膀胱炎等^[1~2]。张翥等^[3]认为,吗替麦考酚酯(MMF)联合小剂量激素可有效地治疗原发性膜性肾病,降低蛋白尿,稳定肾功能,且不良反应轻微。

2 型糖尿病属中医学消渴范畴,多由五脏禀赋脆弱,外加情志失调、饮食不节等诱因所致。脾肾两虚、气阴两虚是膜性肾病与糖尿病共同发病机制。治疗重在益肾健脾、益气养阴,常用黄芪、太子参、生地、山药、泽泻、茯苓。重用黄芪,健脾补土以制水。膜性肾病病程较长,迁延难愈。脏腑亏损,正气不足,抵抗力下降,虚则不耐邪侵,邪自外入,乘虚而蕴结于肾,致使反复感染,出现浮肿、尿蛋白,红细胞增多,病邪不解,又可损伤脾肾,形成恶性循环。其次,湿热之邪可有体内自生,如脾肾阳虚,水无所主,水湿潴留,蕴而成毒,湿毒日久,郁而成热,湿热毒邪不祛,则内攻于肾,加重肾脏的病理损害,使病程迁延,表现寒热虚实错杂证候,日久难愈,甚至发展成脾肾衰败、湿毒内蕴之肾功能衰竭。因此,治疗应重视清热解毒化湿以祛邪。常用蒲公英、石韦、半枝莲、白花蛇舌草、紫花地丁、白茅根、苍术、黄柏、萆薢清热化湿解毒;白术、猪苓、

薏苡仁健脾利水,培土渗湿。陈以平^[4]提出“膜性肾病肾小球基膜上皮细胞下弥漫的免疫复合物沉着当属中医学理论中湿热胶着成癖”。活血化瘀常用泽兰、当归、水红花子、丹参、地龙。水红花子为红蓼果实,实验证明^[5],水红花子是一种低毒利尿药;其利尿机理可能是给药后引起血液胶体渗透压的增加,使水分大量进入血循环,导致肾小球滤过量增加,同时抑制了远端肾小管对水的重吸收所致。同时水红花子有抗凝血作用^[6]。风为百病之长,风邪侵人,无孔不入。因此,在治疗时加用祛风药物牛蒡子、蝉蜕、僵蚕等。肾病水肿与风邪有关,常因外感诱发或加重。“治风先治血,血行风自灭”。当归养血祛风,黄芪、当归具有降低蛋白尿,配活血化瘀药,气行血行,血行则风灭、水去。在诊治过程中,定期复查生化指标,观察舌苔变化。若辨证准确,治疗有效,应守方治疗。在守方过程中,应根据兼夹疾病适当加减药物,如截流固涩可用芡实 15~20g,金樱子 10~20g;出血需凉血止血,可用三七粉 3g,茜草 10~20g,白茅根、仙鹤草各 30g 等。

[参考文献]

- [1] Cattran DC, Delmore T, Roscoe J, et al. A randomized controlled trial of prednisone in patients with idiopathic membranous nephropathy[J]. N Engl J Med, 1989, 320: 210-215.
- [2] Ponticelli C, Altieri P, Scolari F, et al. A randomized study comparing methylprednisolone plus chlorambucil versus methylprednisolone plus cyclophosphamide in idiopathic membranous nephropathy[J]. J Am Soc Nephrol, 1998, 9: 444-450.
- [3] 张翥,张浙涛,马继伟,等. 吗替麦考酚酯联合小剂量激素治疗膜性肾病的疗效观察[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2011, 12(1): 59-60.
- [4] 陈以平. 益气活血化湿方案治疗膜性肾病之研究[J]. 上海中医药大学学报, 2009, 23(1): 1-3.
- [5] 陈方良. 水红花子药用机理研究[J]. 中医杂志, 1979, (11): 27.
- [6] 颜正华. 中药学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1991: 584.

(责任编辑:冯天保)